

**ولاية نيويورك**  
**مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)**  
**إصدار المعلومات السرية الخاصة بخدمات الأطفال**  
**لجنة المكفوفين بولاية نيويورك (New York State Commission for the Blind)**

اسم المشارك:

أفوض بموجب هذه الوثيقة لجنة ولاية نيويورك للمكفوفين (NYSCB) بالحصول على المعلومات التالية أو إصدارها حسب الضرورة للتخطيط الفعال لخدمات الأطفال وتقديمها لطفلي. يمكنني تغيير رأبي بشأن هذا التصريح، باستثناء الإجراءات التي تم اتخاذها بالفعل وفقًا للإذن الذي منحتة، من خلال إخبار لجنة NYSCB كتابيًا بأنني لا أرغب في أن يتم الكشف عن أي معلومات أخرى. ويعتبر إذني بإصدار هذه المعلومات أو الحصول عليها ساريًا حتى يتوقف طفلي عن تلقي خدمات لجنة NYSCB.

نوع المعلومات:

غرض وسبب الحاجة إلى المعلومات:

الشخص الذي يكشف عن هذه المعلومات:

المسمى الوظيفي:

الاسم الأخير:

الاسم الأول:

الشارع:

الشارع:

:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

:

الوكالة:

الشخص الذي يتلقى هذه المعلومات:

المسمى الوظيفي:

الاسم الأخير:

الاسم الأول:

الشارع:

الشارع:

:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

الوكالة:

أدرك أن المعلومات المحددة هي معلومات سرية وخاضعة للحماية القانونية ويقتصر استخدامها على أولئك الأشخاص وموظفي الوكالات أو المنشآت المشاركين في برنامج خدمات طفلي.